广西医科大学附属口腔医院

招聘工作人员报名登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘岗位 |  | | | | | | | 姓 名 | | |  | | 照  片 | |
| 政治面貌 |  | | 性别 |  | | | | 出生年月  （岁） | | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | 籍贯 | | |  | | 英语  水平 |  |
| 毕业院校及专业（最高学历） | 全日制  教育 |  | | | | | | | | | 学位 |  |
| 专业技术资格名称、授予单位及取得时间 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 邮箱 |  | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 学  习  经  历 | 起止时间 | 院校名称 | | | | | | | | | 专业 | | | 研究方向 |
|  |  | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | |  |
| 全日制工作经历 | 起止时间 | 所在单位 | | | | | | | | | 从事的工作及职务 | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | |
| 主要科研、论文成果及奖惩情况（提供相应的原件用于验证、复印件留存） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | 称谓 | 姓名 | | | 年龄 | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | | | |
| 报名人  承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。    报名人签名： | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审  查意见 | 审查人签名：  审查人签名： | | | | | | | | | | | | | |

备注：1.报名登记表用A4纸双面打印，并手写签字；2.登记表内容要如实填写，不得伪造；3.报名人对所填写内容的真实性负责。